Rok I. Styczeń 1921 r № 1.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK.

TREŚĆ NUMERU:

Redaktor: Dr. Brennejsen Leopold, Marszałkowska 48.

Wydawca: Biernacki Juljan, lekarz-dentysta, Mazowiecka 8.

WARSZAWA.

Spółka Akcyjna Zakładów Graficznych „Drukarnia Polska", Szpitalna 12.

Cena egzemplarza 75 mk.

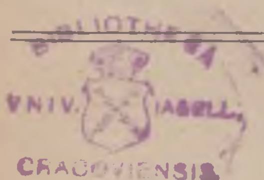
CONTENU.



Rok I. Styczeń 1921 r. № 1.

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

DWUMIESIĘCZNIK.



Od Redakcji.

Przez długie lata niewoli naród polski znajdował się pod rządami trzech odmiennych państwowości, z których każda żłobiła w nim cechy życia społecznego według własnych wzorów, czem jeszcze bardziej pogłębiała jego rozdarcie.

My, dzisiejsze pokolenie, z chwilą kiedy dożyliśmy szczęścia zmartwychwstania Ojczyzny, musimy przystąpić do gruntownej przebudowy wielu dziedzin naszego obecnego bytu na swój własny sposób, by zjednoczenie Polski stało się faktem istotnie dokonanym.

W zawodzie naszym, w dentystyce polskiej, jak i w każdej dziedzinie naszej kultury, działały też siły wrogie narodowi polskiemu utrudniały jej rozwój lub zgoła uniemożliwiały istnienie jej, jako odrębnej nauki narodowej, posługującej się własnym językiem.

Wysiłki jednostek, pracujących w niezmiernie ongi trudnych warunkach dla rozwoju nauki polskiej, a w szczególności ś. p. D-ra B. Dzierżawskiego, który z wielkim nakładem energji i gorącem umiłowaniem naszej sprawy wydawał przez kilka lat „Przegląd Dentystyczny", budzić będą w dzisiejszem pokoleniu zawsze podziw, uwielbienie i cześć.

Dzisiaj, w pomyślniejszych warunkach, grono osób, pragnących służyć sprawie dentystyki polskiej, powzięło zamiar kontynuować niejako prace swego poprzednika i wydawać polskie czasopismo zawodowe pod tytułem „Przegląd Dentystyczny", by za jego pośrednictwem podjąć zadanie, jakie dentystyka polska ma dzisiaj przed sobą.

A zadania te w chwili bieżącej są olbrzymie. Dzisiejsi jej przedstawiciele, kształceni w obrębach różnych organizacyj państwowych, należą już obecnie do jednego państwa polskiego, muszą zatem zespolić się, a tem samem swe wysiłki skoordynować podjęciu wspólnej pracy dla wytworzenia jednolitego typu polskiego dentysty przyszłości. Tuszymy sobie, iż wielki ten cel każe wszystkim za-

pomnieć o dzielących ich różnicach, które dzisiaj powinny przestać istnieć. Musimy obecnie wytworzyć jednakie dla wszystkich prawodawstwo, by życie nasze popłynęło już jednem korytem.

Nauka polska dentystyczna była w wielkiem zaniedbaniu. Choć mieliśmy wielu ludzi pracujących na polu dentystyki, nie pisano jednak po polsku lub pisano bardzo mało, stąd palącą jest potrzebą istniejące już zawodowe piśmiennictwo polskie zebrać, uporządkować, rozszerzyć, rozwinąć i uzupełnić. I tu jest ogrom pracy i wielkie zadanie. Dentystyka innych narodów, które żyły w warunkach pomyślniejszych, posiadały swoje uczelnie, oraz bardzo rozległe piśmiennictwo, stanęła już na wysokim stopniu rozwoju, jest naukowo opracowaną gałęzią medycyny w pełnym tego słowa znaczeniu. W swych pracach naukowych, badaniach, a nawet w zastosowaniu praktycznem posługuje się ona wszystkiemi zdobyczami wiedzy współczesnej, metodami umiejętności ścisłych i sięga po dostojeństwo i godność naukową. Do takiego poziomu i stanu podnieść dentystykę polską jest zadaniem dzisiejszego pokolenia. W tym celu powstał w Warszawie komitet redakcyjno-wydawniczy, który odbył szereg zebrań, omówił na nich wszystkie szczegóły związane z organizacją i wydawnictwem „Przeglądu Dentystycznego”. We wszystkich dzielnicach Polski starano się utworzyć lokalne Komitety Redakcyjne. Komitet pragnie na tej drodze zogniskować około naszego wydawnictwa wszystkie wybitne polskie siły naukowe oraz wszystkich, gotowych pracować z nami dla wspólnego pożytku.

„Przegląd Dentystyczny” będziemy wydawać tymczasem jako dwumiesięcznik, mamy jednak zamiar, w miarę rozwoju i ułożenia się warunków, przeistoczyć go na miesięcznik.

W naszym organie zamieszczać będziemy prace naukowe oryginalne, pragnęlibyśmy, by pismo nasze było odbiem współczesnego ruchu umysłowego, zarówno w zakresie dentystyki, jak i nauk jej pokrewnych. Celniejsze prace naukowe z piśmiennictwa obcego znajdą oddźwięk w „Przeglądzie Dentystycznym”, bądź w postaci przekładów bądź streszczeń, tak, aby czytelnicy nasi byli poinformowani o ruchu naukowym i zawodowym wśród innych narodów. Pragniemy służyć sprawie i poprawie bytu naszego zawodu. W tym celu wszystkie zagadnienia, ogół obchodzące, będą poruszane na łamach naszego pisma. Sprawozdania z prac naszych zrzeszeń zawodowych będą miały u nas swoją stałą rubrykę. Przez długi jeszcze okres tworzenia się państwa będzie się kształtowało prawodawstwo, dotyczące naszego zawodu, przeto wszelkie rozporządzenia rządu i uchwały ciał prawodawczych, będziemy umieszczali w całej rozciągłości. Pozatem wprowadzamy dział personalny oraz

ogłoszenia zawodowe. Gdy życie nasze bujniej zakwitnie, wyłonią się nowe zagadnienia, nie omieszkamy i my i nasz „Przegląd Dentystyczny" do nich dostosować. Przystępujemy do spełnienia zamierzonego zadania z całem poczuciem oczekujących nas trudów oraz zrozumieniem ciążącej na nas odpowiedzialności. Sprostać oczekującym nas zadaniom będziemy mogli, o ile wszyscy, komu dobro nauki polskiej i sprawa naszej dentystyki leży na sercu, udzielą nam swej pomocy i poparcia. Wierzymy niezłomnie, że sprawa, której służyć pragniemy i cel, do którego dążyć umyśliliśmy, żywo obchodzą cały ogół dentystów.

Do pracy nad odbudową ojczyzny powinni i mocno jesteśmy przekonani, staną wszyscy, a razem z nimi znajdziemy się i my, by wspólnie wznieść gmach przyszłości, godny wielkiego narodu.

DR LEONARD LESZCZYŃSKI.

Antiformina i jej zastosowanie w dentystyce.

Do rzędu środków odkażających przybył przed 10 laty środek nowy, dzielny, energiczny w swem działaniu i wyróżniający się od innych dodatkowemi cennemi swemi zaletami. Środkiem tym jest Antiformina. Antiformina znaną była już dawniej i stosowaną w przemyśle tkackim na Zachodzie. Jest to właściwie mięszanina wody Javell'a z ługiem sodowym. Otrzymuje się zaś działaniem sody na nadchloran wapna i po oddzieleniu osadu dodaniem sodu gryzącego według następującego przepisu·

I. Calcariae hypochlorsae 180,—Aquae destill. 600.

II. Natri bicarbonici depurati cristall. 250, Aquae destill. 600.

Oba rozczyny oddzielnie przygotowane zmięszać i pozostawić w spokoju 8 10 godzin, poczem przefiltrować, sprawdzić na $CaCl_2$, jeżeli się okaże usunąć przez Na_2 CO_3 i do gotowego rozczynu dodać NaHO—$10_{,0}$ na $100_{,0}$ płynu.

Tak przygotowana Antiformina zawiera 10% nadchloranu sodu i 5—10% ługu sodowego i przedstawia się jako płyn przezroczysty o zielonkawo-żółtawym odcieniu, oraz słabym zapachu chloru i świeżo przygotowanego ługu. Trzymana w ciemnem szklannem naczyniu z gumowym korkiem w miejscu chłodnem zdala od światła silnego może być przechowywaną przez czas dłuższy bez rozkładu i bez

utraty swych zalet [1]). Rozczyny wodne Antiforminy są bardzo nietrwałe, wkrótce pojawia się w nich osad, świadczący o wydzielaniu się chloru i wtedy tracą one do pewnego stopnia swoje zalety. Zabezpieczyć się od tego można według obserwacji Hofunga dodaniem czystego alkoholu.

Najcenniejszą zaletę Antiforminy stanowi zdolność jej rozpuszczania różnych substancji organicznych: tkanki łącznej, plwociny, śluzu, krwi, ropy, białka, a także niszczenie i rozpuszczanie w słabych nawet 1%—2% rozczynach wszelkich bakterji za wyjątkiem gruźliczych laseczników Kocha oraz kilku innych opornych na działanie kwasów). I dla tych zalet Antiformina znalazła obszerne zastosowanie w bakterjologji, zwłaszcza w poszukiwaniu gruźliczych laseczników.

Pierwsze ślady stosowania Antiforminy w dentystyce znajdujemy w komunikacie Mayerhofera z 1912 roku [3]). Stosuje on Antiforminę per se do rozpuszczania martwej i zgorzelinowej miazgi, przyczem przy zgorzelinach przykry zapach prawie natychmiastowo znika i prorokuje jej wielką rolę w zastosowaniu do leczenia korzeni zębowych. W styczniu roku następnego zjawia się już obszerniejsza praca Hofunga (Charków) [4]), w której autor podaje swe doświadczenia nad działaniem Antiforminy na różne tkanki zębowe, na instrumenta i obserwacje swe przy stosowaniu jej w chorobie dziąseł, przy leczeniu zębów z zapaleniem miazgi i przy leczeniu z miazgą zgorzelinową i rozpadową. Ponieważ praca ta zawiera podstawowe wiadomości uważam za stosowne przytoczyć ją w streszczeniu.

Do doświadczeń swych nad działaniem na różne tkanki zębowe brał Hofung Antiforminę różnej kontracji od 15%—100% zakładając watki przepojone Antiforminą do jam próchnicowych, wyjętych zębów lub pozostawiając świeżo wyjęte zęby w rozczynach od 10 minut do 24 godzin. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

1. Ciemna brudna jama próchnicowa zęba pod działaniem 100% Antiforminy, na tamponiku waty zamkniętym hermetycznie na 24 godzin znacznie pobielała, a po 48 godzinach zupełnie się oczyściła, gdy sama watka nabrała koloru burego,—zębiny rozmiękczo ej niema zupełnie, pozostałe zaś dno i ścianki jamy próchnicowej są twarde i mocne, szkliwo połysk swój zachowało.

---

[1]) Kozłów. Antiformina i jej przygotowanie. „Ruski Wracz" 1910, № 22.

[2]) R. Abel. Bakterjologja.

[3]) Ergebn sze der gesamten Zahnheilkunde 1912 H. I.

[4]) „Zubowraczebnyj Wiestnik" 1913. № 1.

2. Świeżo wyrwane zęby wrzucone do Antiforminy 100% prawie natychmiastowo zaczęły się oczyszczać od przylegających tkanek miękkich, jamy próchnicowe bieleją, oczyszczają się a płyn sam robi się burym. Ten sam obraz występuje i przy słabszych rozczynach tylko z odpowiednim opóźnieniem: w 50% — po 10, w 25% — po 20, w 15% po 30 minutach. Po 24 godzinach takiej kąpieli, zęby wyjęte, wymyte wodą, wytarte i wysuszone dmuchawką dały obraz następujący:— Jamy próchnicowe czyste, dosyć jasne. Szkliwo nie zmienione, zachowuje swój połysk normalny, miejscami nawet poprzednią pigmentację. Zębina, po usunięciu powierzchownej nierozpuszczonej jeszcze chorej warstwy, twarda i oporna dosyć na borowanie. Cement na korzeniach zmieniony, wykazuje złuszczenia, a u wierzchołka jakby białawe nawarstwienia, wyraźne zwłaszcza po więcej stężonej kąpieli.

3. Rozpadowa miazga zębowa w kąpielach 100%, 50% i 25% zupełnie się rozpuściła po 15—20 minutach. Całkowita miazga zębowa świeżo wydobyta nerwociągiem w takich kąpielach już po paru minutach czerniała, kurczyła się, po 15′—20′ zupełnie odpadła od nerwociągu w postaci cieniutkiej niteczki żółtawego koloru, a w parę minut potem zupełnie się rozpuściła. Nerwociąg zaś pozostał czystym, błyszczącym i zupełnie ostrym. Ta ostatnia obserwacja nasunęła Hofungowi myśl używania Antiforminy do oczyszczania nerwociągów. Wyniki swych doświadczeń Hofung streszcza krótko: Nie naruszając zupełnie szkliwa i zdrowej zębiny, rozpuszcza Antiformina zębinę chorą rozmiękczoną i jej rozpad. Na tej podstawie zaczął on stosować Antiforminę w praktyce zębowej. Obserwacje jego dadzą się wyrazić w następującej formie: 1) Leczenie Antiforminą chorób dziąseł przez zapuszczenie jej do wymytych kieszeni przyzębowych dało wynik ujemny, przytem zjawiły się komplikacje nadmiernej wrażliwości zębów u szyjek, co tłumaczy się podrażnieniem włókienek miazgi korzenia wskutek zmian w cemencie ujawnionych doświadczeniem. 2) Po usunięciu miazgi zębowej 50% Antiformina, na wacie pozostawiona w jamie miazgowej w hermetycznem zamknięciu na dobę, zabiera i rozpuszcza resztki miazgi i krwi. Krwawienie z korzeni po wprowadzeniu 50% Antiforminy na 10—15 minut zupełnie ustaje, kanały korzeni są czyste i gotowe do plombowania. 3) W leczeniu zębów zgorzelinowych po przeprowadzeniu pełnej kuracji trikresol formaliną używał Hofung Antiforminy tylko do ostatecznej desinfekcji i oczyszczenia kanałów korzenia. Nie zgadza się z Mayerhoferem by Antiformina natychmiastowo niszczyła zapach zgorzelinowy. Przy stosowaniu Antiforminy wprowadzał ją do zęba i korzeni na watce dopóty dopóki tylko watka ciemniała.

W końcu Hofung wyraża zdanie, że Antiformina, niszcząc i rozpuszczając zupełnie wszelkie bakterje w jamach zębowych, działa energiczniej i dłużej od trikresolformaliny, a wobec zdolności rozpuszczania ropy, śluzu, rozpadu i resztek żywej miazgi, stanowi środek dzielny, pewny, wytwarzający nowe drogi dla sterylizacji kanałów korzeni zębowych.

Po tych publikatach spotkałem w literaturze pewne zainteresowanie się Antiforminą. W sprawozdaniach z dorocznego zjazdu dentystów niemieckich w Frankfurcie w maju 1913 r są ślady dyskusji nad tym przedmiotem. Zdania podzielone, za i przeciw. Zapewne później zjawiło się większe zainteresowanie Antiforminą. Ukazały zapewne i publikaty o pracach doświadczalnych nad tym środkiem, zwłaszcza w zachodniej literaturze, te jednak z powodu wypadków wojennych stały się dla mnie niedostępnemi. Liczba tych prac zapewne była spora, gdyż dzisiaj Antiformina wchod i prawie w powszechne użycie, a nawet spotykam ogłoszenia o specjalnych naczyniach do sterilizacji instrumentów zębowych w Antiforminie.

Sam zacząłem stosować Antiforminę już w roku 1913, zaraz po zaznajomieniu się z nią w artykule Hofunga i stosuję ją stale do dnia dzisiejszego z pewnemi małemi modyfikacjami, jakie mi obserwacje w praktyce wskazały, i jest-m zdania, że po za Antiforminą i trikresolformaliną nie znajdzie się chyba środek, któryby skuteczniej i pewniej prowadził do szybkiej i zupełnej sterylizacji zakażonych korzeni zębowych, do wyleczenia powstałych stąd procesów zapalnych ozębnej różnego charakteru. Sporo mam przypadków na stałej obserwacj, gdzie zęby z rozpadem zgorzelinowym miazgi dzięki Antiforminie i trikresolformalinie, oczyszczone, wysterylizowane i zaplombowane zostały na jednem posiedzeniu w ciągu niecałej godziny. Trzeba tylko uważać by po wysterylizowaniu nie zabrudzić nieodpowiedniemi manipulacjami i nie zakazić na nowo już odkażonych kanałów korzeniowych. Mam tu na myśli bardzo rozpowszechniony wadliwy zwyczaj wysuszania kanałów włókienkami waty nawi anemi w palcach na cienką igiełkę stalową. Owo nawijanie waty palcami, które nie zawsze są idealnie czyste, zabiera często z powierzchni skóry brud i zarazki do przeniesienia ich w głąb wysterilizowanego korzenia.

Dzisiaj obserwacje moje nad Antiforminą i sposób jej stosowania w dentystyce dadzą się wyrazić jak następuje:

1. Antiformina, starannie przygotowana, da się przechować w odpowiednich warunkach przez czas dłuższy. Do dziś dnia mam jeszcze zapas Antiforminy przyrządzonej w początkach roku 1918 w Kijowie podług wyżej wskazanego wzoru, i to pod tym samym

zwykłym korkiem, nie wykazujący zmian prawie żadnych ani uszkodzenia korka, gdy Antyformina jaką zdobywałem w roku 1913/14 w Warszawie zwykle korek przepalała i w krótkim czasie dawała osad krystaliczny w b telce.

Antiformina czysta, czy w rozczynie, znajdująca się pod ręką na stoliku operacyjnym, pod działaniem dostępu powietrza i promieni świetlnych, rozkłada s ę po niedługim czasie, dając osad krystaliczny, prawdopodobnie nadchloranu sodu w wodzie zresztą łatwo rozpuszczalny, lecz pozbawiony już do pewnego stopnia zalet poprzednich. Rozkład ten przez dodanie alkoholu daje się powstrzymać. Rozczyny Antiforminy powinny być dokonywane wodą destylowaną. Woda studzienna, lub wodociągowa po niejakim czasie daje lekkie męty i żółty osad kłaczkowaty.

W Antiforminie odbarwiająco i odkażająco działa chlor in statu nascendi, wydzielający się z nadchloranu sodu przy zetknięciu z tkankami organicznemi, przy czem niektóre substancje organiczne stopniowo rozpuszczają się w Antiforminie.

W zębie Antiformina przenika i następnie stopniowo rozpuszcza śluz, krew, ropę, bakterje, luźne tkanki martwe jak martwą i rozpadową miazgę, rozmiękczoną zębinę, nie naruszając jednak tkanek zdrowych i żywych i nie wnikając prawie w głąb pozostałej twardej zębiny. O tem ostatniem przekonałem się traktując czasami próchnicę II i III stopnia Antiforminą. Tylko w wypadkach, gdzie miazga była prawie odkryta, lub leżała bardzo blisko zdrowej powierzchni zębiny, obserwowałem pewne krótkotrwałe uczucie bólu. Zupełne żywe i zdrowe resztki miazgi zębowej, po obcięciu koronowej jej części, nie podlegały rozpuszczaniu, lecz zachowały swą żywotność. W wypadkach, gdzie Antiformina wchodziła w bezpośredni kontakt z żywemi miękkiemi tkankami jak dziąsło, miazga odkryta, lub zdrowy kikut miazgi w korzeniu, wywoływała ona ich przekrwienie i łatwe krwawienie. W zębach zgorzelinowych Antiformina niszczy bakterje i powstrzymuje pr ces rozpadowy miazgi nadzwyczaj szybko. Zapach przykry prawie momentalnie ustaje o ile Antiformina zdołała przepoić wszystkie tkanki rozpadowe. Brudna jama próchnicowa w miarę rozpuszczania się w Antiforminie chorych tkanek stawała się coraz jaśniejszą, w końcu ukazywały się ściany i dno zupełnie białe, co pozwalało następnie doskonale orjentować się w sytuacji; wejścia do kanałów zaznaczały się bardzo wyraźnie. I w tym też celu najczęściej używałem Antiforminy per se, wprowadzając ją do jam próchnicowych na wacie na parę minut, a częciej nawet wycierając watkami jamę próchnicową dopóki tylko watka się brudzi. Po oczyszczeniu takiem znajdywałem przeważnie dno i ścianki tak twardemi, że ekscavator

i świderek bardzo mało miały pracy przy usuwaniu pozostałych resztek rozmiękczonej zębiny, martwej miazgi lub jej rozpadu. Szkliwo pozostaje błyszczącem, twardem, zmian nie wykazuje. Zębina po usunięciu rozmiękczonych tkanek dosyć trudno daje się zeskrobywać pomimo powtarzanych jeszcze kąpieli antiforminowych, trudniej nawet aniżeli po kąpieli w spirytusie z 5% Solveolem.

Instrumenta zabrudzone przy oczyszczaniu zęba jak nerwociągi, świderki zębowe i kanałowe, w Antiforminie znakomicie się oczyszczały w ciągu paru minut. Dłużej jednak jak 15—20 minut instrumenta w kąpieli antiforminowej leżeć nie powinny, gdyż tracą połysk, a w słabszych rozczynach zlekka pokrywają się rdzą.

(Dokończenie nastąpi).

Powstanie Państwowego Instytutu Dentystycznego.

Potrzebę reformy kształcenia dentystów w państwie rosyjskiem prasa zawodowa poruszała jeszcze przed wojną. Dlatego też zaraz po wyjściu rosjan z Królestwa, w sferach zawodowych powstał projekt reorganizacji szkół dentystycznych, jako uczelni nieodpowiadających swemu zadaniu.

Warszawskie Towarzystwo Odontologiczne złożyło na ręce rektora uniwersytetu memorjał w sprawie reformy studjów dentystycznych. Memorjał ten, bardzo pobieżnie zresztą opracowany, proponował stworzenie uczelni dentystycznej na wzór instytutu berlińskiego. Na skutek memorjału tego władze Uniwersyteckie zwróciły się do Stowarzyszenia Lekarzy Polskich z propozycją, aby Stowarzyszenie zechciało wypowiedzieć się w tej sprawie. W tym celu w końcu 1915 roku przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich powstała komisja, złożona z lekarzy, zajmujących się dentystyką. Do komisji weszli: D-rD r: Leopold Brennejsen, Aleksander Gruszczyński, Adam Leszczyński, Franciszek Meyer, Rotert i członek Zarządu Stowarzyszenia D-r Ludwik Zembrzuski, jako przewodniczący. Komisja po bardzo głębokiem zastanowieniu się doszła do przekonania, że chociaż dążeniem naszem jest, aby dentystyką zajmowali się tylko lekarze z ogólno-medycznem wykształceniem, jednakże na razie pragnienie to nie może być urzeczywistnione: wypadki wojenne przerzedziły szeregi lekarskie do tego stopnia, że już wówczas odczuwano brak lekarzy i wiele bardzo miejscowości na prowincji pozbawione były pomocy lekarskiej. Nie można więc było

łudzić się nadzieją, że lekarze licznie obierać będą sobie dentystykę, jako specjalność, albowiem wyspecjalizowanie się w dentystyce przy obecnym jej rozwoju wymaga czasu częstokroć dłuższego, niż niektóre inne specjalności medycyny. Ta okoliczność groziłaby brakiem dentystów, co, zresztą, spotykamy w Małopolsce, gdzie panował ten system kształcenia dentystów.

Przed wojną, t. j. do roku 1914 przy warunkach normalnych w Małopolsce na 7,5 miljonów ludności było 105 lekarzy, zajmujących się dentystyką. Była to liczba tak niewystarczająca, że tolerowano praktykę techników dentystycznych, nie posiadających żadnego przygotowania teoretycznego, a często i praktycznego. Biorąc to wszystko pod uwagę, komisja przyszła do przekonania, że należy, chociażby przejściowo, stworzyć uczelnię taką, któraby mogła dać wychowańcom swoim w możliwie krótkim czasie jak najlepsze przygotowanie fachowe i te wiadomości z dziedziny nauk lekarsko-przyrodniczych, które są niezbędne dla przyszłego dentysty. Wzorem dla takiej uczelni byłby instytut dentystyczny w Berlinie.

Komisja, zaprosiwszy do swego grona D-ra Jerzego Brunera i D-ra Antoniego Kuczyńskiego, lektorów szkół dent. w Warszawie, i magistra farmacji A. Bukowskiego, opracowała bardzo szczegółowy program studjów dentystycznych. Studja podzielono na 7 półroczy, kładąc główny nacisk na zajęcia w klinice i pracowni technicznej. Do programu wprowadzono rentgenografię, hygienę jamy ustnej, i naukę rysunków, niezbędnych dla przyszłego dentysty. Program ten wraz z memorjałem, zaznaczającym konieczność utworzenia katedry dentystyki na wydziale lekarskim, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich złożyło władzom uniwersyteckim.

Do wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, nieco później, w maju 1917 roku wpłynął także projekt studjów stomatologicznych, opracowany przez Prof. D-ra Antoniego Cieszyńskiego. Według tego projektu studja stomatologiczne powinny trwać tak długo, jak studja lekarskie. Program nauki obejmować winien te same przedmioty, które stanowią program studjów lekarskich. Żeby zaś uzyskać czas na studja czysto dentystyczne, Prof. Cieszyński proponuje zmniejszenie godzin zajęć w klinikach: wewnętrznej, chirurgicznej, położniczej i ginekologicznej, w klinice chorób ocznych i wenerycznych. Natomiast podkreślono w projekcie potrzebę kliniki chirurgicznej szczęki i twarzy ze szczególnem uwzględnieniem plastyki wraz z ćwiczeniami na zwłokach.

Jednakże sprawa uczelni dentystycznej przy warunkach, jakie wytworzyła u nas okupacja niemiecka, uległa długiej zwłoce i wypłynęła na porządek dzienny dopiero w końcu 1917 roku, po części na skutek trzech memorjałów, złożonych do ówczesnej Dyrekcji

Służby zdrowia Publicznego: Warszawskiego Towarzystwa Odontologicznego, Towarzystwa Lekarzy-Dentystów i D-ra H. Jankowskiego.

Memorjały te wykazywały konieczność zamknięcia prywatnych szkół dentystycznych i otwarcie Państwowego Instytutu Dentyst. i sprawiły, że ówczesna Rada Lekarska zwołała delegację pod przewodnictwem członka Rady D-ra Paszkiewicza. Do delegacji weszli: Prof. D-r Med Leon Kryński, jako przedstawiciel wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, D-r Bronisław Sawicki, chirurg, były lektor szkół dentystycznych, D-r Ludwik Zembrzuski i specjaliści: D-r Aleksander Gruszczyński, D-r H Jankowski, D-r Franciszek Meyer, lekarz-dentysta Leon Szeller i D-r Leopold Brennejsen, mianowany następnie referentem dentystycznym przy ówczesnej Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego.

Komisja ta znowu debatowała długo nad wyborem typu przyszłej uczelni dentystycznej. Delegat wydziału lekarskiego wypowiadał się za kształceniem dentysty według wzoru austryjackiego, reszta zaś członków delegacji przychyliła się do opinji, wyłożonej w memorjale Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, zaznaczając, że należy stworzyć instytut dentystyczny o poziomie naukowym możliwie wysokim, z programem nauk ogólno-lekarskich, przystosowanym ściśle do dentystyki. *Dr. Aleksander Gruszczyński.*

(Dokończ. nastąpi).

DR. LEOPOLD BRENNEJSEN.

Przyrząd do odlewów metalowych.

(Wirówka o kociołku pochylanym).

W rozwoju techniki dentystycznej wynalazek odlewni odegrał bardzo wybitną rolę. Pomijając odlewnię z zastosowaniem prężności pary wodnej, gdzie trzeba bardzo silnie kociołek i metal przegrzewać, czego niektóre metale np. glin nie znoszą, lub zgęszczonego powietrza, rozpatrzymy nieco szczegółowiej dotychczas używane rodzaje odlewni wirówkowych, w których to właśnie udało się autorowi parę korzystnych zmian wprowadzić. Zasadniczo możemy odlewnie wirówkowe podzielić na dwa typy: wirujące w płaszczyźnie poziomej i wirujące w płaszczyźnie pionowej. Wzorem pierwszej może być odlewnia „Rotax" (wyrób White'a), poruszana przez rozwijanie nakręconej na oś taśmy; druga przedstawia się w postaci, umocowanego do stołu rowerowego koła, poruszanego bezpośrednio siłą ręki.

W Rotax'ie na pionowej osi umocowana jest pozioma belka, na jednym końcu której znajduje się łożysko do umieszczenia w po-

zycji leżącej żelaznego kociołka z ujemnym modelem, oraz miseczki do topienia złota. Siła odśrodkowa wpędza roztopiony metal przez kanał do pustego wnętrza — pozostałości po wypalonym wosku (szczegóły, jako zbyt znane, pomijam). Drugi koniec belki dla zachowania równowagi obciążony jest żelaznym cylinderkiem, który może być nakładany na stojące w różnych odległościach od środka sztyfciki. Rozmiary Rotax'u pozwalają na wykonanie tylko mniejszych odlewów, przyczem z metali ciężkich. W wirówkach o osi poziomej możemy wykonywać odlewy nawet całych płyt podniebiennych, i nietylko ze złota, ale i z metali lekkich np. z glinu, a to dzięki znacznie większej długości wirującego promienia; rezultat jednak zależny jest od wielkiej wprawy, gdyż wogóle posiłkowanie się tym przyrządem jest bardzo trudne i do pewnego stopnia nawet niebezpieczne.

Znaczne ulepszenie wirówki o kole rowerowem wprowadził, asystent techniczny prof. Łebkowskiego w Krakowie, E. Jachimowicz, przez umieszczenie kociołka nie u dołu, a z boku koła, przy czem przez cały czas koło utrzymywane jest w tej pozycji ręką i topienie złota odbywa się w specjalnej jamce, wygrzebanej na powierzchni stożkowatej ogniotrwałego gipsu. To jednak wiele sprawy nie ułatwiło i nie usunęło całkowicie niebezpieczeństwa, polegającego na możliwości rozpryskiwania się roztopionego metalu.

Dążąc do zwiększenia siły tłoczącej, oraz do zabezpieczenia pracowników, autor wziął za podstawę Rotax i zmodyfikował go w sposób odpowiedni.

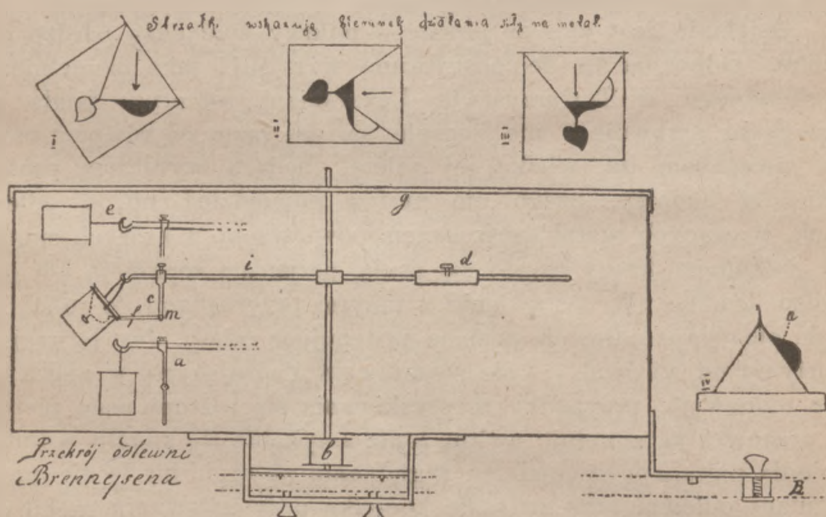
Wiadomem jest z fizyki, że siła odśrodkowa, która w danym wypadku musi być wyzyskaną na wpędzenie roztopionego metalu w najciaśniejsze zakątki pustej przestrzeni, wyraża się formułą $\frac{m\,v^2}{r}$, gdzie m oznacza masę wirującego ciała, w danym razie masę roztopionego metalu, v wyraża prędkość poruszania się tej masy po obwodzie koła, a r jest jej odległością od osi obrotowej. Jeżeli zwrócimy uwagę na to, że v równa się $\frac{s}{t}$, gdzie s oznacza drogę przebytą, a t — czas na jej przebycie zużyty, to przyjąwszy za podstawę jeden pełny obrót, otrzymamy $v = \frac{s}{t} = \frac{2\pi . r}{t}$; podstawiając to wyrażenie w przytoczonej formule, otrzymamy $p = \frac{m\left(\frac{2\pi . r}{t}\right)^2}{r} = \frac{4m\,\pi^2\,r^2}{r\,t^2} = \frac{4\pi^2\,mr}{t^2}$. Z powyższego widzimy, że na zwiększenie siły odśrodkowej, t. j. siły wtłaczającej roztopiony metal, wpływa

dodatnio zwiększenie ciężaru wirującej masy i powiększenie wirującego promienia, co na pierwszy rzut oka mogłoby pozornie przeczyć zasadniczej formule $\frac{m v^2}{r}$, oraz zmniejszenie czasu obrotu t. j zwiększenie szybkości.

Rozpatrzmy te wszystkie momenty. Masa *m* jest wielkością prawie stałą, gdyż wpłynąć na zwiększenie ciężaru gatunkowego nie jesteśmy w stanie, i nie możemy dowolnie powiększać ilości branego na odlew metalu; *t*, względnie szybkość obrotu, nie może być zwiększana dowolnie, gdyż bryła wirująca musi być wprowadzana w ruch stopniowo, inaczej bowiem dzięki bezwładowi (inercji) kociołek mógłby być poruszon szybciej od płynnego metalu, który w ten sposób łatwo mógłby się wylać: powiększanie więc szybkości musiałoby wymagać nieco dłuższego czasu, którego mogłoby starczyć na skrzepnięcie metalu. Jedynym więc sposobem zwiększenia siły tłoczącej jest przedłużenie wirującego promienia. Opierając się na powyższem zwiększono odległość roztopionego metalu od środka — do 35 cm., co w zupełności wystarcza do rozwinięcia takiej siły odśrodkowej, która pozwala na wykonywanie wszelkiego rodzaju odlewów nawet z tak lekkiego metalu, jakim jest glin. (Ciężar gatunkowy złota = 19,5, srebra = 10,5, a glinu 2,58).

Zmieniono również pozycję kociołka z poziomej na pochyloną, zastępując miseczkę wyskrobywaniem na stożkowej powierzchni jamki (Jachimowicz), a to ze względów następujących: wiemy, że nie wszystkie metale krzepną jednakowo szybko, szczególniej w razie przegrzania niektóre z nich przez długi czas pozostają płynnemi. Odnosi się to przeważnie do metali łatwo topliwych, jak np. glin. Przy zachowaniu więc takiego urządzenia, jakie mamy w Rotax'ie zdarzyć by się mogło, że z chwilą zmniejszenia, lub ustania ruchu obrotowego nieskrzepły jeszcze metal mógłby się częściowo z powrotem wylewać. By temu zapobiedz, należało obmyśleć ruchome połączenie kociołka z wirującym promieniem, tak by kociołek, ustawiony pierwotnie skośnie ku dołowi, był odchylany siłą odśrodkową do płaszczyzny poziomej, a z chwilą zmniejszenia się szybkości ruchu obrotowego stopniowo się zniżał, i przy jego całkowitem ustaniu przybierał pozycję pionową, w której już siła ciężkości przez cały czas krzepnięcia utrzymywałaby go bez zmiany. W tym celu sporządzony został pierścień z ruchomym pałączkiem, zakładanym na haczyk, znajdujący się na końcu promienia wirującego; w pierścień ów wpuszcza się cylindryczny kociołek, który się w nim zatrzymuje na wywiniętym swym brzegu. Pozostawiony własnemu ciężarowi kociołek zawisa w pozycji pionowej *(a)*. Dla nadania potrzebnego mu pochylenia na ramieniu została przytwier-

dzona przesuwalna nasada *(m)*, składająca się z idącej ku dołowi beleczki *(c)*, opatrzonej poruszającem się w płaszczyźnie pionowej ramieniem *(f)*, widełkowato rozdwojonem na końcu. Przesuwając bliżej, lub dalej od końca całą nasadę, zależnie od wielkości zawieszonego kociołka, można mu przez podparcie ramieniem *(f)* nadać pozycję odpowiednią t. j. taką, by linja tworząca stożka znajdowała się w płaszczyźnie poziomej; przy takiem ustawieniu złoto roztopione w wygrzebanem w gipsie zagłębieniu nie będzie się wylewało *(I)*. Skoro siła odśrodkowa się rozwinie, kociołek przyjmie pozycję wskazaną na rysunku literą *e*, t. j stanie się przedłużeniem promienia wirującego *(II)*; z chwila zaś słabnięcia tej siły (wskutek ustawania ruchu obrotowego) pod wpływem ciężkości własnej zarówno kociołek, jak i podpórka *f* będą opadały ku dołowi, aż całkowicie pionowo zawisną *(III)*.



Dla nadawania przyrządowi możliwie równego biegu, górny koniec osi ponad ramieniem wirującem przechodzi przez nieruchomą belkę *g*, umocowaną na bokach otaczającego wirówkę żelaznego bębna. Ponieważ waga zawieszanych kociołków może być rozmaita, na drugim końcu ramienia wirującego znajduje się przesuwalny wzdłuż niego ciężarek *d*, który można w dowolnym miejscu śrubką zamocować. U dołu osi znajduje się szpulka *b*, na którą nawija się skórzany pasek; rozwijanie paska nadaje przyrządowi ruch obrotowy. Całość za pomocą trzech śrub, jak to dokładnie wskazuje rysunek, przytwierdzona jest do stołu.

Ze względu na oszczędność miejsca w pracowni ochronny bęben zewnętrzny może być składany z czterech części, połączonych

ze sobą haczykami i umocowany na żelaznym rusztowaniu. Dla ułatwienia formowania wgłębień do topienia złota na powierzchni stożków drewnianych, umocowuje się rozgrzanym woskiem nasadę, przypominającą swym kształtem połowę przeciętej gruszki, cieńszym końcem zwróconej ku wierzchołkowi stożka *(IV—)*. Po wykręceniu stożka gruszkowatą nasadę wyjmuje się z gipsu, podważając ją zlekka jakim ostrym instrumentem; w ten sposób powstaje odpowiednie wgłębienie. Przy umieszczaniu omawianej nasady trzeba zwrócić uwagę na to, by ona nie mogła bezpośrednio w żadnym miejscu ze ścianą kociołka się stykać, powodowałoby to w następstwie stykanie się złota z otaczającym cylindrem i utrudniałoby znacznie jego topienie.

Jak z powyższego widać cała budowa przyrządu jest nader prosta. By jej nie komplikować nie wprowadzono nawet stosowanego w wirówkach koła z trybami.

Działanie jest zawsze pewne — odlewy wychodzą bardzo dokładne. Odlewnia ta demonstrowana w r. 1911 jako uzupełnienie wygłoszonego w Towarzystwie Lekarskiem referatu, działa od tego czasu sprawnie i nie zepsuła się ani razu, co również może być uważanem za wielką jej zaletę, będącą wynikiem prostej i mocnej budowy, czego nie można powiedzieć np. o odlewniach, tłoczących metal zgęszczonem powietrzem, w których subtelnie wykonane krany często się psują, przyczem reparacja ich jest bardzo trudna. W zestawieniu z innymi przyrządami do robót lanych, omawiana odlewnia posiada następujące zalety. Jest łatwiejszą w użyciu od wirówek o kole rowerowem (wirujących w płaszczyźnie pionowej); przypadki rozpryskiwania się roztopionego metalu po pracowni są zupełnie wykluczone; zatykanie się kanału wskutek topienia metalu w specjalnem zagłębieniu nastąpić nigdy nie może; rozmiary odlewni, oraz zwisanie kociołka przy ustawaniu ruchu wirowego umożliwia wykonywanie dużych odlewów z metali lekkich i wolno krzepnących np. glin.

Naprawa mostka, osadzonego na dwóch zębach ćwiekowych i na koronie, bez usunięcia zębów ćwiekowych z korzeni.

PODAŁ: **Prof. Dr. Antoni Cieszyński.**

Mostek, składający się z sześciu części: korony na 6|, trzech części łącznych o frontach porcelanowych oraz dwóch zębów ćwiekowych 2 i 1|, został osadzony na trzech filarkach, z których dwa

pierwsze sieczne zęby miały odcięte wierzchołki kor. podczas operacji dwóch torbieli ponad ich szczytami (rycina a). Zęby 5 i 4| o frontach porcelanowych, zgryzie i grzbietach platynowych zostały zużyte ze starego mostka. Między 4| a 2| pękł mostek po pewnym czasie, a więc w miejscu złączeń między zębami o grzbietach platynowych i sąsiednim zębie trzecim o froncie porcelanowym, a grzbiecie złotym. Ponieważ nie było można usunąć dwóch zębów ćwiekowych, osadzonych na zębach o szczytach odciętych bez narażenia korzeni, nie pozostało nic innego, jak obrać sposób naprawy w ustach przez zlutowanie mostka cyną. Ponieważ podczas lutowania lutówką rozżarzoną może być wywołany silny ból wskutek silnego ogrzania, znieczulono ząb 2 i 1| metodą injekcyjną.

Naprawa ta wskutek silnego zgryzu nie okazała się jednak trwałą.

Gdy po dwóch tygodniach mostek pękł powtórnie w tem samem miejscu, trzeba było obmyśleć sposób inny, umożliwiający naprawę trwałą *jednakowoż bez zdjęcia części przedniej*, osadzonej na dwóch zębach ćwiekowych.

Postąpiłem w sposób następujący:

Korona na 6| została przecięta i tylna część mostka z zębami 6 5 4| zdjętą. Porcelanowy ząb 3| został zmiażdżony, a wystające z grzbietu złotego ćwieki platynowe spiłowane. Grzbiet ochrony ścięto prostokątnie, a zaokrąglenie recenzent od strony podniebnej spiłowane płasko kamyczkami karborundowemi. W górnej części wywiercony został otwór, ażeby można było później przez niego przeprowadzić nit. Dawniejsza płytka ochronna dla zęba 3| została więc przemienioną w czop, na którym wymodelowałem ząb z wosku, tworzący niejako pochwę. Otwór dla późniejszego nitu został również umieszczony w zębie zmodelowanym. Ząb 3| wymodelowany w wosku, z ćwiekiem grafitowym w otworze przeznaczonym dla późniejszego nitu, został wylany w znany sposób metodą Solbrig-Platschicka w złocie. W ten sposób uzyskany ząb trzeci został wsunięty na czop, część zaś tylna mostka ze zlutowaną już koroną 6| osadzona na tylnym filarku, poczem wzięto wycisk gipsowy, ażeby zlutować ząb złoty 3| z tylną częścią mostka.

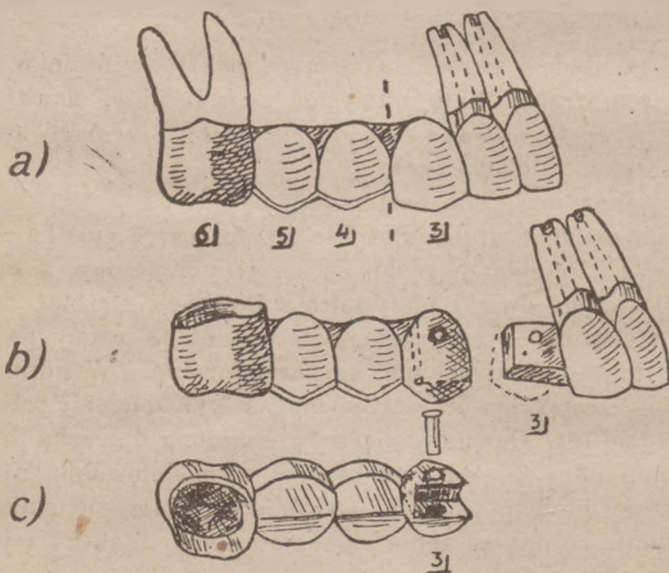
Tylna część mostka składała się więc teraz z czterech części mianowicie korony, 2 zębów o frontach porcelanowych i o zębie 3| złotym, mającym w kierunku strzałkowym wnęk, tworzący negatyw czopa.

Już przy próbie stwierdzono, że tylna część mostka wpadała jak w zatrzask, przesuwając się po części wystającej z przedniej części mostka, znajdującej się w ustach. Koronę osadzono na cemencie; tak samo wnęk w zębie złotym 3| wypełniono cementem,

celem uzyskania silniejszego złączenia, a przez poprzeczny kanał przeprowadzony został od strony podniebiennej ćwiek z główką od tyłu ku przodowi, który zanitowano z przodu i wygładzono.

O ile w podobnych wypadkach przekonamy się, że otrzymamy zupełnie silne połączenie przez proste wsunięcie zasuwy w czop, można zrezygnować z połączenia dwóch części mostka nitem, otwory zaś, przeznaczone pierwotnie do przeprowadzenia nitu w zębie złotym, należy zalutować.

Zauważyć w końcu należy, że pęknięcia mostka w ustach zdarzają się częściej, o ile kombinujemy platynę ze złotem. Dlatego też przy lutowaniu w miejscach złączeń platyny ze złotem należy zwrócić szczególną uwagę i wzmocnić je należycie lutowiem.



a) **Mostek z oznaczeniem pęknięcia między 4| a 3|.**
b) **Płytka ochronna 3|, przemieniona w czop. Do tylnej części mostka dolutowano ząb lany złoty 3|, tworzący zasuwę odpowiednią do czopa.**
c) **Tylna część mostka widziana od strony zwróconej do wyrostka zębodołowego. W 3| widzimy wnęk, odpowiadający czopowi i oznaczony kanał, przez który ma być przeprowadzony nit.**

Dr. med. JÓZEF HORNOWSKI, Profesor Uniwersytetu Warszawskiego.

O NOWOTWORACH.

Artykuł prof. Hornowskiego rozpoczyna w „Przeglądzie Dentystycznym" szereg prac profesorów Uniwersytetu i Politechniki, którzy prowadzili specjalne wykłady dla członków Towarzystwa Lekarzy-Dentystów.

W najbliższym numerze „Przeglądu" drukować będziemy prelekcje profesorów Nitscha, Czubalskiego, Szperla, Stołyhwy, Jakimowicza, Semerau, Jana Sosnowskiego. *Red.*

W anatomji patologicznej dzielimy wszystkie sprawy na trzy zasadnicze grupy: 1) grupę zaburzeń miejscowych w krążeniu, 2) grupę zmian wstecznych, 3) grupę zmian postępowych.

Do tej właśnie ostatniej grupy należą sprawy nowotworowe. Nie stanowią one jednak zupełnie ściśle odgraniczającej się podgrupy od innych procesów do nich zbliżonych: i tu, jak wszędzie w przyrodzie, niema ostrych granic.

Co obejmujemy nazwą grupy zmian postępowych? Nazywamy tak wszystkie te procesy, przy których mamy do czynienia z rozmnażaniem się komórek i tkanek. Zaliczyć tu więc musimy w pierwszym rzędzie odradzanie się fizjologiczne tkanek. Już w warunkach normalnych, w ciągu życia naszego, giną powierzchowne nabłonki skóry i błon śluzowych, giną nabłonki gruczołów, komórki tkanki łącznej, chrząstki, kości. I oto na ich miejsce, z żywotnych i zdolnych do dzielenia się innych komórek tejże tkanki, rozwijają się nowe komórki, które zastępują braki. Procesy te trwają przez cały ciąg naszego życia, aż do głębokiej starości, a nawet przez pewien czas po śmierci, gdyż nie wszystkie komórki umierają jednocześnie. Gdy w jakiemkolwiek miejscu nastąpi uszkodzenie tkanki i zniszczenie komórek, większe nawet niż w warunkach fizjologicznych, komórki tkanki macierzystej posiadają zdolność wypełnienia braków do pewnego stopnia. Jeżeli braki te są zbyt znaczne, zostają one wypełnione przez nader żywotną i łatwo odradzającą się tkankę łączną. W następstwie powstaje wtedy blizna, która zmniejsza wartość czynnościową danego odcinka naszego organizmu, a która, pomimo to jednak, spełniła swoją rolę przez usunięcie wytworzonej chwilowo pustki.

Granice takiego odradzania się nie są zbyt znaczne w organizmie ludzkim. Im niżej zejdziemy do rzędu tworów żywych, tem znaczniejsze zobaczymy takie odradzanie się — odradzać się mogą całe nawet narządy jak np. łapy u raka. Nigdy tego nie widzimy

u człowieka. Wszystko to, co się odbywa u niego, ma ściśle zakreślone sobie ramy i granice. Odrodzić może się pewna mała grupa komórek w nerkach po ich zapaleniu, odradzać się mogą, grupy nabłonków rozrodczych w jajniku, odradzają się części składowe krwi, odradzać się mogą nawet pojedyncze kosmki jelit po przejściu procesu zapalnego, ale to wszystko jest naogół bardzo nieznaczne.

Do wyjątków należy odradzanie się zupełne żeber po ich wycięciu i to o tyle tylko, o ile pozostawiono okostną. Unikatem poniekąd w piśmiennictwie lekarskiem jest odrodzenie się po zupełnem zniszczeniu całej łopatki u 12-letniego chłopca, co zostało stwierdzone nawet zapomocą promieni Roentgena.

Przy takiem odradzaniu się spotykamy nieraz przekształcanie się tkanek i przyjmowanie przez nie postaci, która nie odpowiada tkankom danego miejsca. Proces taki nazywamy *metaplasia*. Jest to już sprawa, która poniekąd stanowić może pewne przejście do spraw nowotworowych w ściślejszem tego słowa znaczeniu, i stoi już na ich pograniczu. Nieraz widzimy także proces, który nazywamy *prosoplasia*. Polega on na tem, iż tkanka przekracza nakreślone jej przez rozwój granice. Tak np., gdy w rozwoju swoim nabłonek skóry wytwarza na powierzchni swojej warstwę rogową, nabłonek błon śluzowych w zwykłych warunkach warstwy tej nie wytwarza.

Patologicznie jednak może to mieć miejsce np. przy łuszczycy jamy ustnej (leucoplakia), która może być punktem wyjścia dla nowotworów. Będzie to właśnie przykładem prozoplazji.

Pozatem spotykamy nieraz przy tych procesach rozrostowych objaw inny, co do nazwy którego, autorzy nie są zgodni. *Hansemann* nazywa to *anaplasia*, *Beneke kataplasia*, *Lubarsch* dla wszystkich omówionych procesów wprowadza nazwę *alloplasia*. *Hansemann* rozumie pod anaplazją proces cofnięcia się rozwojowego komórki do jej pierwotnych okresów rozwojowych, *Beneke* — przemianę komórki, związaną z jej rozwojem, przyczem jednak komórka taka utraca pewne cechy różniczkujące ją od innych komórek. Bez względu na różnicę zapatrywań co do istoty tego procesu, komórka taka charakteryzuje się przez znaczne odstępstwa od typu komórek macierzystych i nabiera w wyglądzie swoim cech komórki nie zróżniczkowanej.

Ta przemiana komórki jeszcze bardziej zbliża ją niż poprzednia do komórki nowotworowej.

Dodać tu jeszcze muszę, iż musimy odróżnić od procesów ściśle nowotworowych tak zw. przerost i rozrost. Przerost, to powiększenie wielkości komórki, tkanki, narządu—rozrost, to rozmnażanie

się komórek, tkanek, a w następstwie powiększenie tkanek lub narządów.

Procesy te mają miejsce wtedy, gdy zjawia się w organizmie potrzeba zastąpienia pewnych braków w celu ich wyrównania. Tak więc przerasta część pozostała wątroby po zniszczeniu drugiej jej części, przerasta jedna nerka, gdy zginie druga, przerasta jeden gruczoł wydzielania wewnętrznego gdy został zniszczony inny z nim współpracujący, a to dlatego, aby wziąć na siebie jego pracę. Przerasta serce, gdy wskutek schorzenia jego lub naczyń krwionośnych obwodowych, które są sercem obwodowem, zapotrzebowanie pracy ze strony serca staje się większe.

Wszystkie te procesy mają to do siebie, iż widzimy w nich zawsze przyczynowość i celowość. Są one zgodne z potrzebami organizmu, przejawianie się ich jest czynem altruistycznym. Dlategoteż nawet wtedy, gdy, w czasie rozrostu, tkanki przekroczą chwilowo nakreśloną im rozwojem lub zniszczeniem granicę, gdy zaczną bujać nadmiernie, bujanie to jednak jest zawsze ograniczone, a z czasem następuje cofnięcie się wstecz i powrót do zakreślonych granic. Również takie procesy jak *metaplasia* i *prosoplasia* są zależne albo od przystosowywania się tkanek do zmienionych warunków, albo od dążenia ich do ochrony organizmu, jak to ma miejsce w przypadkach rogowacenia błon śluzowych.

Inaczej przedstawiają nam się wszystkie sprawy nowotworowe.

Charakterystyczne dla nich są cechy następujące: 1) przedewszystkiem zupełna autonomja wzrostu i niezależność ich od wzrostu organizmu, 2) wskutek tego bezgraniczność tego wzrostu i niezatrzymywanie się w nim, 3) bezcelowość, zatem nieliczenie się z potrzebami organizmu, ergo wzrost egoistyczny, 4) zawsze pewna atypowość w stosunku do tkanek organizmu, polegająca na różnym wyglądzie komórek, różnym ich układzie we wzajemnym stosunku do siebie samych i do innych tkanek, oraz naczyń krwionośnych.

Wszystkie nowotwory dzielimy na: dobrotliwe i złośliwe, z punktu widzenia klinicznego i wedle ich działania.

Nim rozpatrzymy cechy różniące jedne od drugich, zaznaczyć musimy, iż tu ścisłych i wyraźnych granic nie możemy przeprowadzić w wielu wypadkach.

Nowotwór napozór dobrotliwy może się stać złośliwym; nawet między złośliwymi nowotworami, są więcej lub mniej złośliwe, wreszcie, zależnie od umiejscowienia, dobrotliwy nowotwór może się stać szkodliwym dla organizmu naprz. przez ucisk na ważne ośrodki w mózgu, a przez to samo w stosunku do niego złośliwym.

Jakież cechy zasadnicze różnią nowotwór dobrotliwy od złośliwego?

1) nowotwory dobrotliwe są zwykle nowotworami miejscowymi i w wyjątkowych tylko przypadkach mogą dawać przerzuty, jak dają np. chrzęstniaki lub torbielaki gruczolakowate — brodawkowate, 2) nowotwory te rosną wolno, i często wstrzymują się w swoim wzroście, 3) ostro odcinają się od otoczenia, 4) rosną od środka, działając tylko mechanicznie na części sąsiednie przez odsuwanie ich, 5) po wycięciu nie dają nawrotów (bywają z tego wyjątki, jeżeli nowotwór taki nie jest wycięty całkowicie, 6) nie wywołują charłactwa t. j. wyniszczenia organizmu.

Złośliwe nowotwory różnią się od dobrotliwych przez następujące cechy:

1) wzrost ich jest bezwzględny i niczego nie szczędzący, a przytym naciekający tkanki t. j. obwodowy, stąd a) niszczenie tkanek na obwodzie, b) zatarcie granic między nowotworem a tkanką, 2) wzrost ich jest szybki, stąd złe ich unaczynienie i łatwość uleganiom zmianom wstecznym, częściowej martwicy i rozpadowi 3) po wycięciu nowotwory te zwykle dają nawroty, 4) wywołują charłactwo t. j. wyniszczenie chorego przez to, iż a) przy rozpadzie ich zostają wsysane jadowite ciała, skąd zatrucie organizmu, b) same komórki nowotworowe, nawet bez rozpadu, wydzielają jadowite zaczyny, ułatwiające im niszczenie tkanek na ich drodze i zatruwające organizm, 5) następstwem tego wszystkiego jest zdolność niszczenia na drodze swojej ścian naczyń krwionośnych i chłonnych, dostawanie się do obiegu krwi i limfy, i w następstwie uogólnianie się ich przez wytwarzanie przerzutów w różnych miejscach.

Jakież są przyczyny nowotworów i w jaki sposób się one rozwijają?

Na pytanie to jest bardzo dużo odpowiedzi, jest bardzo dużo przypuszczeń, co najlepiej dowodzi, iż jeszcze nie wszystko wiemy o tem, i że sprawa naogół jest ciemna. Wszystkie te przypuszczenia i teorie opierają się na szeregu spostrzeżeń z życia codziennego, doświadczeń i badań.

Omówimy je w krótkości.

I) Przedewszystkiem stwierdzono, iż nowotwory i dobrotliwe, i złośliwe występować mogą dziedzicznie, stwierdzono to na całym szeregu rodzin.

II) Stwierdzono, iż czynniki mechaniczne odgrywają dużą rolę w powstawaniu nowotworów: tak więc pod pachami wytworzyć się mogą brodawki pod wpływem tarcia i drażnienia przez ubranie, u palących fajkę spostrzegano raka na wardze dolnej w miejscu ucisku przez fajkę, po urazach czaszki lub kości widziano rozwój glejaków lub mięsaków, w następstwie długotrwałej kamicy żółciowej spostrzegano rozwój raka w pęcherzyku żółciowym, na tle

przewlekłego wrzodu okrągłego żołądka rozwija się często rak, u jeźdźów rozwijają się kostniaki wśród mięśni uda, u robotników pracujących przy parafinie i u roentgenelogów rozwija się na skórze początkowo wyprysk, następnie rak, znane są raki na twarzy u marynarzy, pod wpływem działania słońca i wiatrów morskich, w Kaszmirze spostrzegano często raka w niezwykłem miejscu, a mianowicie na skórze brzucha, w związku z noszeniem na łańcuchu lampy zwanej „kangri", służącej do oświetlenia drogi, a uciskającej i drażniącej powłoki brzucha, skąd nazwa tego raka — „rak kangri". Spostrzeżeń podobnych jest bardzo dużo.

III) Szereg spostrzeżeń przemawiać zdaje się za tem, iż różne pasorzyty lub drobnoustroje mogą być czynnikami wywołującymi raka. Przemawiać za tem zdają się następujące fakty: epidemje rakowe, rozwój raka u szeregu ludzi zamieszkujących to samo mieszkanie, przenoszenie się raka na rękę lekarza przy operacji w razie skaleczenia, przenoszenie się raka tego samego osobnika z ręki na oko, wskutek tarcia; spostrzegano przypadki przenoszenia się raka z psa na pana, rozwój raka wargi w następstwie długotrwałej włośnicy (trichinosis), wreszcie t. z. „cancer a deux", macicy u żony członka u męża.

IV) Zrobiono dalej spostrzeżenie, iż nowotwory złośliwe dają się zauważyć 3 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, w związku z częstszymi nowotworami narządów płciowych kobiet.

V) Zauważono, że raki występują częściej u ludzi w dobrobycie niż u biednych.

VI) Spostrzegano cały szereg nowotworów już u noworodków.

VII) Stwierdzono, iż złośliwe nowotwory pochodzenia łączno tkankowego rozwijają się częściej w wieku młodym, natomiast nowotwory nabłonkowe w wieku starszym.

VIII) Zauważono, iż chemizm organizmu z nowotworami złośliwymi, zmienia się zasadniczo, że w moczu wydziela się więcej soli potasowych niż sodowych, przeciwnie do normy, że wydziela się więcej azotu, niż go się przyjmuje, że występuje cały szereg zmian we krwi i w narządach wewnętrznych przy obecności nowotworów złośliwych.

Wszystkie te spostrzeżenia były punktem wyjścia dla szeregu przypuszczeń, które omówimy.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Dział sprawozdawczy.

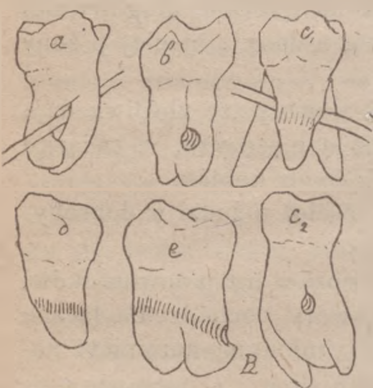
Przypadki, w których nerw żuchwowy przechodzi przez zęby, lub wrzyna się w nie.

(La Revue de Stomatologie 1920, № 1 i № 2. Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inferieu. par le Dr. H. Rodier).

Streścił **Dr. Fr. MEŸER.**

Autor podaje 14 przypadków, zaobserwowanych przez siebie i przez innych, gdzie nerw żuchwowy przebijał zęby mądrości (4 przypadki), lub przechodził w bruździe, znajdującej się na powierzchni zęba (10 przyp.).

I. Prawy dolny ząb mądrości, znajdujący się głęboko w szczęce, wyjęty przy pomocy dłuta Po wyję iu, które spowodowało znieczulenie w okolicy otworu bródkowego, zauważono między zrosniętymi korzeniami kanał, przez który przechodził nerw żuchwowy (rys. *a*).



II. Prawy dolny ząb mądrości, normalnie wykłuty. Wyję ie łatwe. Przed miesiącem próbowano usunąć ten sam ząb i wtedy, czy wskutek przerwania nerwu żuchwowego, czy też wskutek ucisku, powstało znieczulenie w okolicy bródkowej Znieczulenie to dało się jeszcze rozpoznać po 4 latach. Nerw przechodził z góry i z tyłu ku przodowi i do dołu, najpierw na językowej powierzchni tylnego korzenia w bruździe, później przez kanał w przednim korzeniu (rys. *b*).

III. Lewy dolny ząb mądrości, pochylony w ten sposób, że powierzchnia policzkowa była odwrócona ku górze i ku tyłowi. Po wyjęciu, które było trudnem, nastąpiło znieczulenie w okolicy bródkowej. 3 długie korzenie 0,^{m}018. korona 0,^{m}007. Kanał przechodził między korzeniem śro kowym i bocznymi. Kierunek kanału odpowiadał kierunkowi normalnego kanału żuchwowego (rys. C_1 i C_2).

IV. Silne opuchnięcie w okolicy kąta prawego żuchwy. W jamie ustnej nie widać 2-go i 3-go pr. trzonowców. Zębodół 2-go otwarty; wydziela się stąd ropa. W głębi rany zgłębnikiem wyczuwa się ciało twarde, które może być tylko zębem mądrości. Wyjęcie dokonano w maju 1918 r. Ząb miał 3 korzenie. Tylne korzenie tworzyły kanał, na przednim zaś była bruzda, w której przechodził nerw żuchwowy. Zupełne znieczulenie trwało aż do września 1918 r. Później wracało stopniowo wysepkami.

V. Lewy ząb mądrości. Nerw przechodzi pod korzeniami, które tworzą rodzaj siodełka.

VI. Lewy dolny ząb mądrości, leżący poziomo. Bardzo silne bóle newralgiczne. Wyjęcie trudne. Na zewnętrznej powierzchni korzenia bruzda, w której przechodził nerw żuchwowy (rys. *e*).

VII. Lewy dolny ząb mądrości niezupełnie wykłuty. Bóle newralgiczne przed wyjęciem. Korzenie duże na $^1/_3$ od dołu po stronie językowej przecięte bruzdą, przez którą przechodził nerw żuchwowy. Po wy ęciu nie było objawów znieczulenia (rys. *e*).

VIII. W okolicy lewego dolnego zęba mądrości silne ropienie. Przez maleńki otwór wyczuwało się ząb. Radiogram wykazał ząb mądrości, leżący poziomo. Wyjęcie łatwe. Ząb przecięty 2-ma bruzdami, przylegającemi do siebie na tylnym korzeniu i rozchodzącemi się na przednim. Jedna na wysokości szyjki, druga na wysokości połowy zęba, przypuszczalnie jedna dla nerwa druga dla naczyń. W głębi zębodołu na zewnętrznej ściance wyczuwało się punkt bardzo bolesny, przypuszczalnie pień nerwu.

IX. Prawy ząb mądrości. Radiogram — położenie poziome. Wyjęcie bardzo bolesne. Natychmiast po wyjęciu znieczulenie w okolicy bródkowej. Na językowej powierzchni przedniego korzenia — rowek okrągły — siedlisko nerwu.

X i XI. Prawy i lewy zęby mądrości. Oba rowki na powierzchniach językowych tylnych korzeni. W głębi zębodołów punkty bolesne. Zmniejszenie czucia w ciągu 1 miesiąca.

XII. Lewy ząb mądrości. Po wyjęciu żadnych objawów, tylko w zębodole bolesny punkt. Korzenie zęba tworzyły u spodu rowek, w którym leżał nerw.

XIII i XIV. Takie same 2 zęby z rowkami.

XV. Silne bóle newralgiczne w lewej połowie żuchwy. Próchnica 7| i |6, niezupełnie wykłutych. Po wyjęciu tych zębów znieczulenie okolicy bródkowej. Oba trzonowce od strony językowej miały półokrągły rowek. Niezupełne wykłu ie się trzonowców można wytłómaczyć w następujący sposób. Chora sama stwierdza, że miała usunięty jeden stały trzonowiec. Wobec tego należy wywnioskować, że w tym przypadku były 4 trzonowce. Ząb |6 przeszkadzał do normalnego wykłucia się zęba nadliczbowego i 2 go trzonowca. Korzenie tych dwóch zębów zmuszone były wrosnąć w głąb i tym sposobem weszły w styczność z nerwem żuchwowym.

XVI. Jako przypadek analogiczny autor podaje następujące spostrzeżenie. Na kości międzyszczękowej, wyciętej u 5-cio letn. dziecka z wargą zajęczą, poza zębami przednimi znajdował się z lewej strony kanał, z prawej bruzda okrągła. Druga taka bruzda

przechodziła na ząb w połowie jego wysokości. Przez te bruzdy przechodziły tętnice zębodołowe przednie.

Filderman i Soucy twierdzą, że w opisanych przypadkach ząb mądrości, jako zwyradniający się, ustawia się źle z powodu braku miejsca i przez to wywołuje zaburzenia w rozwoju szczęki. Rodicz przypuszcza, że działają tutaj wpływy mechaniczne. Ząb mądrości dolny rośnie od dołu ku górze i od tyłu ku przodowi. Jego żująca powierzchnia, uderzając skośnie o tylną ściankę 2-go trzonowca kierując się ku górze. Jeżeli położenie zęba jest bardzo poziome, to nie może on skierować się ku górze, ani przezwyciężyć napotkane przeszkody, wskutek czego korzenie wrastają w głąb, stykają się z nerwem żuchwowym i otaczają go wpierw, nim nastąpi zwapnienie. To samo dotyczy zębów z rowkami, jak również opisanego przez autora przypadku z kością międzyszczękową.

Rokowanie pomimo bliskości kanału żuchwowego naogół dobre, chociaż wyjęcie bywa nieraz bardzo bolesne. Jeżeli przystępujemy do wyjęcia zęba mądrości, znajdującego się głęboko w żuchwie, należy uprzedzić chorego o możliwości znieczulenia odpowiednich okolic żuchwy.

Bardzo wielu z praktyków spotykało się nieraz ze znieczuleniem okolicy bródkowej, po wyjęciu jednego z dolnych trzonowców, zwłaszcza zęba mądrości. Nie zawsze jednak zdawano sobie sprawę z przyczyn, wywołujących porażenie nerwu żuchwowego. Otóż przytoczone wyżej przez autora francuskiego przypadki dostatecznie wyjaśniają przyczyny znieczulenia.

SPRAWOZDANIE

z posiedzenia naukowego Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej lwowskiej, odbytego dnia 24 marca 1920 roku.

Kol. *Dr. Włodzimierz Szafran,* asystent Instytutu, przedstawił szereg przypadków z oddziału chirurgicznego Instytutu dent. uniwersytetu Jana Kazimierza.

1. *Przypadek ostrego zapalenia szpiku kostnego po zabiegu dentystycznym.* Chorej H. L. lat 19, przed trzema tygodniami wypełniono zęby |3 i |4. Na ząb |4 nałożono złotą koronę. Wypełnienie i koronę wykonał pomocnik techniczno-dentystyczny. W dwa tygodnie później chorej obrzękły dziąsła i twarz w okolicy zęba 3 przy równoczesnym silnym bólu. Z okolicy szyjki zęba wydobywała się

ropa. Lekarz, u którego chora szukała porady, proponował usunięcie zęba |3. Podczas badania prądem indukcyjnym zęby 1| |1 2 wykazywały wrażliwość. Ząb |3 został wyjęty, ząb |4 z koroną na razie pozostawiono. Chora miała zjawić się nazajutrz.

Sekcja wyjętego zęba |3 wykazała: wypełnienie cementowe, komora miazgowa nie otwarta, miazga cuchnąca, zgorzelinowa, ozębna szczytowa zgrubiała. Pomimo wyjęcia |3 bóle nie ustawały. Za poradą sąsiadek chorej do dziąsła po stronie wargowej i językowej w okolicy |3 przystawiono pijawki. W dwa dni potem nastąpił silny obrzęk dziąseł całej lewej żuchwy, gruczołów podbródka i podszczękowych po stronie lewej. Bolesność znaczna z silnem zaczerwienieniem.

Stan w dniu zgłoszenia się do kliniki: dziąsła między zębami 2 1|1 2 4 z koroną i |7 silnie obrzękłe, bolesne, w głębi wyczuwalna fluktuacja. Zęby 1|1 2 4 chwieją się. Ponad próżnym zębodołem |3 znak w miejscu stawianej pijawki. Gruczoły podbródka i podszczękowe obustronne twarde, bolesne. Znaczny obrzęk twarzy. Badanie prądem indukcyjnym wykazuje obumarcie miazgi zębów |1 2 również obniżenie znaczne wrażliwości przy zębach 2 1| Ząb |4 bolesny przy nacisku, poddaje się jakby był osadzony w gumie. Temperatura 37,8, tętno 85.

Rozpoznanie: Ostre ropne zapalenie ozębnej |4 i w następstwie ropne zapalenie okostnej i szpiku kostnego wyrostka zębodołowego pomiędzy zębami 2 1|1 2 4 7.

Leczenie: Usunięcie zęba |4 nacięcie wzdłuż wysokości fałdy błony śluzowej od |2 – 7 oraz założenie setonu.

Nacięcie dziąseł lewej żuchwy w kierunku poziomym między zębami 2 1|1 2 3; nacięcie pionowe po stronie językowej wzdłuż zębów |3 4—7. Setowanie ran camphenolem [1]), okłady, z Liquor Bourowi i płukanie jamy ustnej kilka razy dziennie 5—10 minut naparem Folia Salviae.

Sekcja usuniętego zęba wykazała: jama próchnicowa korony niezupełnie oczyszczona, komora miazgi otwarta i miazga usunięta, skrzepy krwi wypełniały cały przewód korzeniowy i część komory, a w okolicy szczytu kanału ropa, ozębna cała silnie przekrwiona i miejscami zropiała. Korona nałożona na |4 była o $^1/_2$ do 1 mm szersza i wbijała się w dziąsła.

---

[1]) W klinice używa się camphenol według recepty oryginalnej Chluskiego:

Rp.	Acid. carbol. purissimi	30.00
	Camphor. tritae	60.00
	Spirit. vini conc. puri	10.00

M. D. S. zewnętrznie.

Naciek po stronie językowej ustępuje zwolna w dniach następnych, pozostaje jednak w okolicy 1|1 2 które stają się bardziej bolesne przy ucisku, chwieją się bardziej niż w dniach poprzednich i osadzone są jakby na podłożu elastycznem [1]). Ucisk na wyrostek zębowy w ich okolicy bolesny. Zapal nie szpiku kostnego przesuwa się zatem ku linji środkowej i przekracza ją. Wyjeto 1|1 2 o koronach zdrowych w podwójnem znieczuleniu mandibularnem. Sekcja tych zębów wykazuje odumarcie miazg 1|1 2 i częściową już martwicę rozpadową.

Po dwutygodniowem leczeniu, po wydzieleniu się martwaka o powierzchni 2—3 mm w okolicy zębów |3 4 i wystąpieniu ropnia w okolicy zębów 4 3,| który nacięto i setonowano, stan choroby ustąpił zupełnie.

W przypadku opisanym wystąpiło ostre zapalenie szpiku kostnego z wybitnym charakterem postępowym. O ile nie nastąpiłoby radykalne postępowanie przez wyjęcie zębów 1|1 2, których w przeciągu 5 dni nastąpiło odumarcie miazg i infekcja ich od strony szczytowej, należałoby się spodziewać martwicy przedniego odcinka żuchwy.

2. *Necrosis mandibulae partialis.* W łączności z poprzednim przypadkiem przedstawił referent żołnierza W. K. lat 18, u którego jako rekonwalescenta po przebytej ospie, z powodu zapalenia okostnej, usunięto ząb 6.| Po usunięciu zęba obrzęk i ropienie nie ustępowało. Lekarz przepisał mu płukanie. Obrzęk i ropienie znikały bardzo powoli, a w okolicy wyrwanego zęba ukazywać się zaczął kawałek szarej kości. Martwak ten powiększał się coraz bardziej.

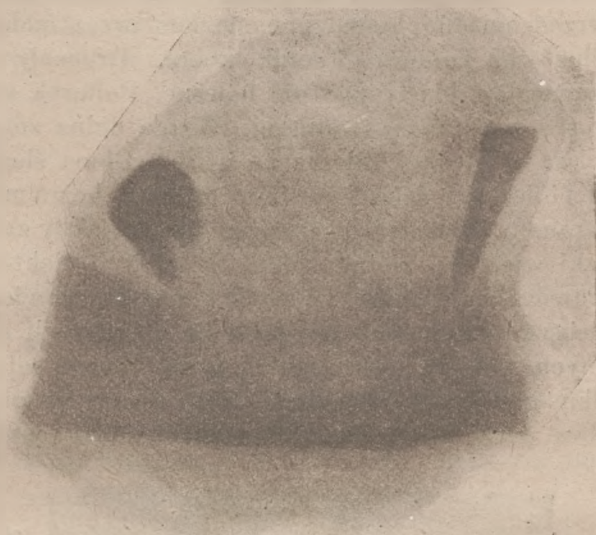
Stan obecny: Na przestrzeni pomiędzy zębami 6 5 4 3 2| cała szerokość żuchwy obnażona. Widać szaro-brudną kość, okoloną zaczerwienionem dziąsłem, od dołu daje się wyczuć brzeg żuchwy zgrubiałej, uwypuklonej na zewnątrz. Rys. 1. Na zdjęciu roentgenowskiem widać odgraniczoną kość około $1^1/_2$ cm szeroką 5 cm długą, wzdłuż wyrostka zębołołowego między 6 a 2.|

Rozpoznanie: Martwica kości żuchwy, powstała podczas ospy od 6 do 2.| Tworzenie się nowej kości w okolicy krawędzi poniżej martwicy.

---

[1]) Wprawdzie Prof. Partsch ostrzega, przed wyjmowaniem zębów nawet znacznie się ruszających przy zapaleniu szpiku kości, radzi natychmiast powiązanie ich; w danym przypadku jednak zmuszeni byliśmy do usunięcia zębów ze względu, na gwałtownie szybko posuwającą się sprawę chorobową i na jej ostrość. Ponadto badanie prądem wykazało nieżywotność miazg tych zębów.

Leczenie: Usunięto zmartwiały kawałek żuchwy z zębami $\overline{4\ 3\ 2}|$ a ponieważ nowa kość od wewnątrz była pokryta błoną śluzową, pacjenta jako uleczonego skierowano na oddział techniczny dla wykonania dostawki z brakującymi zębami i częścią brakującej żuchwy.



Rys. 1.

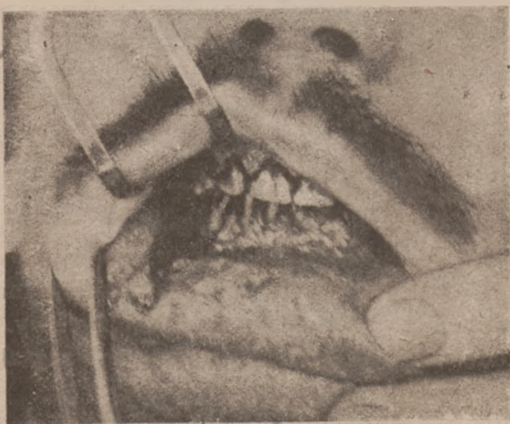
I w tym przypadku było zapalenie szpiku kostnego, jako następstwo zapalenia ozębnej, które szczęśliwym zbiegiem okoliczności ograniczyło się do okostnej w okolicy zębów $\overline{6\ 5\ 4\ 3\ 2}|$ i w następstwie spowodowało wytworzenie się wzdłuż martwaka nowej kości, która zapobiegła przerwie w ciągłości żuchwy. Nowo narosła kostnina spowodowała tylko nieznaczne zniekształcenie twarzy, uwypuklając ją bardziej po stronie prawej.

Przypadek ten przypomina objawami swymi martwicę występującą wskutek oddziaływania fosforu.

3. *Stomatitis tuberculosa:* Chory S. D. lat 26, nauczyciel Od jesieni r. 1919 zauważył lekki obrzęk policzka w okolicy zuchwy prawej, a na błonie śluzowej dziąseł i policzka drobne guzki białe. Lekarz, do którego zwrócił się chory o poradę, zalecił mu płukanie (H_2O_2 3%) i pędzlowanie roztworem ałunu. Po pewnym czasie bezskutecznego leczenia udał się chory do specjalisty chorób skórnych. Ten znowu po niezupełnie wyraźnym wyniku próby serodjagnostycznej Wassermana zastosował leczenie rtęciowo-neosalvarsanowe. Chory otrzymał 2 wstrzyknięcia Hg. śródmięśniowo i jedno

neosalwarsanu śródżylnie. Po pewnym czasie, kiedy wynîk leczenia był ujemny i powtórnie próba Wassermana dała wynik negatywny, skierowano chorego do specjalisty chorób jamy ustnej i zębów.

Stan obecny: Wzdłuż zę ów 4 3 2 1|1 2 3 4 5 pasmem poniżej szyjek zębów ciągnęło się płytkie owrzodzenie, wyraźnie ograniczone, pokryte żółto-szarym nalotem. Dziąsła łatwo krwawiły przy dotyku. Owrzodzenie miejscami przecho ziło przez fałdę błony śluzowej na śluzówkę policzka. Foetor ex ore. Gruczoły limfatyczne wyraźnie namacalne, elastyczne nie bolesne. Policzek prawy lekko obrzękły, kosystencji nieco twardszej. Warga dolna znacznie zgrubiała, twardsza w ujęciu, bolesna na ucisk. Błona śluzowa wargi, jak również policzka i dziąseł żuchwy pokryte licznymi drobnymi, białymi guzkami z obwodem zaczerwienionym, jakby zasypana grysikiem. Guzki wielkości ziarnka prosa, z których niektóre wznoszą się ponad powierzchnię, dając wrażenie szorstkiej powierzchni. Tu i owdzie głębsze kraterowate owrzodzenia o brzegach zwisających, podminowanych, pokryte zsorowaciałą masą. Warga cała jakby posiekana kilku głębokimi bruzdami. Przy ujęciu wargi i policzka pomiędzy dwa palce wyczuwało się w głębi guzki (rys. 2).



Rys. 2.

Rozpoznanie kliniczne wahało się między dwiema postaciami chorobowymi: między wrzodziejącym zapaleniem błony śluzowej jamy ustnej i gruźlicą błony śluzowej.

Leczenie: Przystąpiono najpierw do leczenia zapalenia błony śluzowej przez tuszowanie arg. nitric. (raz na dzień) i płukanie (3 razy dziennie) rozczynem hydrarg. bichlor. coroos. (1,1000 łyżkę na pół szklanki wody) i częste płukanie szałwią (Eol. salviae) po 5 — 10 minut bez przerwy; ażeby warga nie przylegała do owrzo-

dzenia wyrostka zębodołowego włożono cienki wężyk gumowy długości 5 cm (Cieszyński). Po kilku dniach ustąpiło wrzodziejące zapalenie błony śluzowej, a pozostał czysty obraz włóknistej gruźlicy ze wszystkimi jej objawami klinicznymi.

Chorego poddano leczeniu, które polega na kolejnem przyżeganiu galwanokauterem i pędzlowaniu kollodium z jodoformem, oraz przypalaniu acid. lactic., pozatem stosuje się naświetlania lampą kwarcową. O wyniku leczenia podamy do wiadomości.

(Dalszy ciąg nastąpi).

SPRAWOZDANIE

z działalności T-wa Lekarzy-Dentystów Warszawskich za 1920-ty rok.

Towarzystwo Lekarzy Dentystów Warszawskich powstało przy końcu 1916 roku, liczy zatem 5-ty rok istnienia. Z końcem 1920 r. liczba członków wynosiła 115. W roku ubiegłym odbyło zebrań walnych 7, naukowych 9.

W roku ubiegłym zarząd Towarzystwa stanowili: pp.: prezes—Stanisław Blikle, wiceprezes—Antoni Mokrzycki, sekretarz—Henryk Zaborowski, skarbnik — Teodozjusz Życzkowski, bibliotekarz — Wacław Kaczyński, oraz członkowie zarządu pp. Helena Motz-Porazińska. Zofja Urbańska-Filipowiczowa i Jadwiga Zawadzka. Delegatem do władz rządowych był Ludwik Zacharski.

Założona w 1919 roku przy Towarzystwie Lekarzy-Dentystów pracownia techniczno-dentystyczna dla użytku członków T-wa znacznie rozszerzyła w roku ubiegłym swój zakres. Wykonywa wszelkie prace ku zadowoleniu kolegów, a dzięki bezinteresownej pracy kilku członków, stanowiących zarząd pracowni, staje się źródłem dochodów T-wa. Koledzy mogą tam również doskonalić się w technice.

Towarzystwo Lekarzy Dentystów już w roku 1918 wydało cennik, określający minimalną opłatę za zabiegi dentystyczne. Cennik ten, zmieniany kilkakrotnie wskutek wahań waluty, w ubiegłym roku został ostatecznie opracowany w ten sposób, że za podstawę wzięto wartość monety złotej, co daje możność każdemu w miarę zmiany warunków łatwo ten cennik przeinaczyć.

Zarząd T-wa czynił starania o dostarczanie swoim członkom materjałów i chemikalji. W miarę otrzymywania materjałów rozdzielano je między członków.

Członkowie T-wa w liczbie pięciu należą do Komitetu Redakcyjnego „Przeglądu Dentystycznego”.

Na skutek zwrócenia się do nas Czerwonego Krzyża w sierpniu 1919 r. T-wo Lekarzy Dentystów już we wrześniu tegoż roku zorganizowało pomoc dentystyczną dla żołnierza, walczącego na froncie. Od tego czasu aż po dziś dzień mieliśmy stale obsadzonych pięć punktów, b dź przez członków naszego T-wa, bądź przez poleconych przezeń kolegów, którzy byli czynni na froncie wołyńskim galicyjskim oraz w szpitalach Czerwonego Krzyża (obecnie w Zakopanem).

Gdy w lecie r. ubiegłego krajowi naszemu groziło niebezpieczeństwo, członkowie T-wa na walnem zebraniu d. 12 lipca uchwalili oddać się do rozporządzenia władz wojskowych bez zastrzeżeń, o czem powiadomiono odnośne władze. Niektórzy z kolegów wstąpili do służby ochotniczej w charakterze lekarzy dentystów, inni pracowali w różnych organizac ach, niosących pomoc żołnierzowi. Ponadto Zarząd T-wa wyraził wyżej wymienionym organizacjom gotowość ze strony swoich członków niesienia bezinteresownej pomocy dentystycznej żołnierzowi. Ponieważ z tego w należytej mierze nie skorzystano, przeto pozostali członkowie wobec grozy wojennej ofiarowali swoją pomoc cierpiącemu żołnierzowi przy transportowaniu rannych do szpitali.

Poza tem T-wo brało udział przez swego delegata we wszystkich poczynaniach rządu, dotyczących naszego zawodu.

T-wo jest w posiadaniu pokaźnego księgozbioru, składającego się z szeregu dzieł specjalnych i ogólno leka skich. Księgozbiór ten powiększony został w r. ubiegłym przez cenny dar kol. Szellera, składający się przeważnie z autorów klasycznych w dziedzinie dentystyki. Opró z tego T-wo gromadzi muzeum dentystyczne i posiada już pewną ilość okazów z zakresu uzęb enia człowieka i zwierząt, oraz dentystyki w jej rozwoju dziejowym.

Co do działalności naukowej T-wa, zaznaczyć należy co następuje:

Dr. Leopold Brenneisen wygłosił dwa referaty o leczeniu przetok (rzecz drukowana w „Medycynie” w 1917 r.), w których wyłożył swój oryginalny sposób leczenia tychże.

Dalej — odbyły się cztery zebrania dyskusyjne, poświęcone sprawom traktowania i wypełniania przewodów korzeniowych z referatami lekarzy dentystów: St. Bliklego, krytyczna ocena amputacji, extirpacji, dissolucji i mumifikacji miazgi, i Mokrzyckiego — o wypełnianiu przewodów korzeniowych. Na zebraniach tych zabierali głos liczni członkowie T-wa, przyczem omówiono różne metody postępowania, zarówno znane z literatury jak i własne. Dysku-

sja ta wielce przyczyniła się do wyświetlenia spraw wątpliwych oraz ujednostajnienia poglądów w tej dziedzinie (prace te będą zamieszczone w następnych numerach „Przeglądu Dentystycznego" w całości).

Lekarz D-ta St. Blikle wygłosił referat pod tytułem: „Czy szczotka zdziera zęby". Autor na podstawie licznych spostrzeżeń własnych oraz danych z literatury stwierdza, że przy zdzieraniu się zębów grają rolę różne czynniki, między niemi i niewyjaśnione dotąd, najmniej zaś szczotka.

Przy końcu roku ubiegłego Dr. Feliks Malinowski wygłosił w T-wie dwa referaty pod tytułami: 1) Krótki rys patalogji syfilisu i 2) Objawy syfilisu w jamie ustnej. W tych referatach autor dał treściwy pogląd na dzisiejszy stan nauki o przymiocie a także zapoznał członków T-wa z lokalnemi zmianami kiłowemi w jamie ustnej.

Na skutek inicjatywy T-wa urządzono dla jego członków wykłady profesorów uniwersytetu i politechniki z zakresu nauk przyrodniczych i lekarskich w związku z dentystyką. Dotychczas odbyły się wykłady prof. Hornowskiego (patologja) i prof. Nitscha (bakterjologja). Wykłady te odbywające się wieczorami we środy i soboty będą kontynuowane i w roku bieżącym.

KRONIKA.

= **Nostryfikację** zagranicznych dyplomów dentystycznych przekazano Lekarskiej Komisji Egzaminacyjnej przy Warszawskim Uniwersytecie której skład ma być powiększony przez dodatkowe powołanie 2 członków: 1) Przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia Publicznego oraz, 2) Delegata Państwowego Instytutu Dentystycznego. Do nostryfikacji muszą być zgłoszone wszystkie dyplomy dentystyczne, wydane poza obrębem Państwa Polskiego po d. 5.XI 1916 r. Wydane ich posiadaczom tymczasowe pozwolenia na wykonywanie praktyki dentystycznej i utrzymywanie gabinetów—tracą swą moc.

= **Doktora Antoniego Cieszyńskiego** mianował Naczelnik Państwa profesorem zwyczajnym Stomatologicznej i dentystyki w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie.

= **Na wniosek** b. szefa Szkół Wyższych Pr. Wrzoska Państwowy Instytut Dentystyczny ma być przemianowany na Akademję Dentystyczną.

= **Skład profesorów wykładających w Państwowym Instytucie Dentystycznym.** Ministerjum W. R. i O. P. zatwierdziło w charakterze wykładających w Państwowym Instytucie Dentystycznym następujące osoby: D-ra Brennejsena Leopolda (Katedra techniki dentystycznej), Prof. Czubalskiego Franciszka (Fizjologja), Doc. Dębińskiego Bolesława (Choroby wewnętrzne), Prof. Dzierzgowskiego Szymona (Hygjena), Prof. Hornowskiego

Józefa (Anatomja patol.), D-ra Jakimowicza Edwarda (Anatomja), Prof. Konopackiego Mieczysława (Histologja), Prof. Nitscha Romana (Bakterjologja), Prof. Pieńkowskiego Stefana (Fizyka), Słupskiego F. (modelowanie i rysunki), Prof. Sowińskiego Zdzisława (Choroby skórne i wewnętrzne), Prof. Szpeila Ludwika (Chemja), i Prof. Zwierzchowskiego Franciszka (Katedra dentystyki zachowawczej).

Ponadto Prof. Fr. Zwierzchowski otrzymał nominację na kierownika kliniki zachowawczej, a Dr. Leop. Brennejsen—na kierownika kliniki i pracowni technicznej. Trzecią specjalną katedrę — chirurgji stomatologicznej i rentgenografji zaproponowano Prof. Cieszyńskiemu Antoniemu, który już od Minist. Zdrowia Publicznego otrzymał mandat do organizowania kliniki i pracowni. Wykłady Chirurgji i Farmakologji dotychczas nie są jeszcze obsadzone. Dodać winniśmy, że w Instytucie Dentystycznym otworzone zostały trzy katedry specjalne (Dentjarji, Techniki Dentystycznej i Chirurgji Stomatologicznej), wykłady innych przedmiotów powierzone zostały profesorom, zajmującym katedry w Uniwersytecie i Politechnice.

= **Wykłady**, prowadzone przez profesorów Uniwersytetu i Politechniki dla Członków Tow. Lekarzy Dentystów wzbudziły wśród licznych bardzo słuchaczów niezwykłe zainteresowanie.

Na wykłady te uczęszczają młodzi i starsi przedstawiciele dentystyki warszawskiej, słuchają tych prelekcji również i stomatolodzy, i wszyscy, bez wyjątku, czerpią z żywych słów powag uniwersyteckich ogrom wiedzy, która nigdy nie przestaje być karmicielką każdej jednostki, pragnącej uzupełnić swe wykształcenie. Skwapliwie zaznaczamy ten radosny objaw wśród zrzeszonych członków Tow. Lek. Dentystów, którzy te wykłady zainicjowali i tej pięknej idei składają tak szczery hołd.

LIST DO REDAKCJI.

Lwów, dnia 11 listopada 1920 r.

Wielce Szanowny Redaktorze!

Równocześnie przesyłam WPanu przekazem pocztowym pieniądze t. j. 153.80 mk. podjęte z książeczki wkładowej Tow. Wzaj Kred. № 12231 na 192.81 k. opiewającej, która to kwota złożoną została na moje ręce w roku 1915 z przeznaczeniem na „Postęp Dentystyczny" przez Kolegów z Wielkopolski.

Zarazem donoszę, że uczestnicy urządzonego przezemnie w ub. r. w Poznaniu kursu dla obrażeń szczękowych złożyli kwotę 500 mk. do mojej dyspozycji, którą zużyłem na częściowe pokrycie rachunku drukarni Jakubowskiego we Lwowie w kwocie 1. 371 kor. 90 h. za druk broszury o reformie studjów dent. w Polsce.

Proszę zatem uprzejmie o łaskawe umieszczenie powyższych notatek w pierwszym numerze nowego pisma, jako pokwitowań.

Łączę wyrazy prawdziwego poważania i koleżeńskie pozdrowienia.

A. Cieszyński.